

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL
CIRUG. Y CIRUJ.

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XXII

6

JUNIO

1954

Director:
Dr. BERNARDO J. GASTELUM
Jefe de Redacción:
Dr. DIONISIO PEREZ COSIO





en la peritonitis
Terramicina*

* MARCA DE LA GINTERRAMICINA

Después de tratar con Terramicina a 68 pacientes de peritonitis, los autores llegaron a la conclusión de que "la Terramicina es un agente antibacteriano muy útil y potente." Se comprobó que esta droga es especialmente eficaz por su "amplio espectro antimicrobiano y buena difusión en el exudado peritoneal...."

EXTRACTO DE INFORME Nº 1
 BARRA, FERRER & M., 1954.

BARRA, F.; FERRER, B. J.; GARCÍA, C. P. y
 GARCÍA, J. B. ARCHIVO DE MED. 10:2-9 (1954).

*Los conceptos vertidos en esta propaganda son de la
 responsabilidad exclusiva de los autores mencionados
 en la bibliografía.*

Literatura Exclusiva para Médicos...

Prop. Nº A 1063/54 S. S. A.

Reg. Nº 39925 S. S. A.



FUNDADA EN 1949

LABORATORIOS PFIZER, S. A. P. de Alva Industrial 45-B, México S. D. F.

EN CASOS DE URGENCIA...



**UN
RECURSO
TERAPEUTICO
EFICAZ**

C I B A

DE MEXICO, S.A.

Licencias exclusivas para México.

Reg. Prop. No. AFI.936/52 S. S. A.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO

1954-1956

Presidentes:

DR. JOAQUIN CORREA
CEDILLO

Vice-Presidente

DR. MIGUEL LAVALLE

Secretarios:

DR. ENRIQUE PERA
Y DE LA PERA

Tesorero:

DR. JOSE GARCIA
NORIEGA

VOCALES:

1er.—Dr. Bernardo J. Gantelun.

2º — Dr. Adán Velarde Oaxaca.

3º — Dr. Dionisio Pérez Ouelo.

4º — Dr. José Antonio Zapata V.

5º — Dr. Xavier Romo Díaz.

ALBADOX

Frasco de 20 grageas
Reg. N° 39780 S. S. A.

FORMULA

Extracto hepático 1 x 250 (equiva-
lente a 2 U.A.F.E.U.). 0.25 g.

Vitamina B12 . . . 5 micrgs.

Sulfato ferroso . . . 0.05 g.

Fécula de papa y saca-
rosa, c. b. p. . . . 0.67 g.

Dosis: La que el médico señale

VIA DE ADMINISTRACION: Oral

Este medicamento es de empleo
delicado

HECHO EN MEXICO

N° A-769-53

LABORATORIOS ALBAMEX,
S. A.

Querétaro, N° 28

MEXICO 7, D. F.



La marca Becton, Dickinson
garantiza el prestigio
de los productos **B-D ACE**

Los materiales seleccionados y el
control de calidad que se emplean
en la fabricación de las jeringas, agujas
y termómetros B-D ACE son los mismos
que por generaciones han sostenido el prestigio
mundial de Becton - Dickinson
Cada pieza es verificada escrupulosamente para
ofrecer al médico la seguridad absoluta del
más elevado nivel de calidad ¡Calidad B-D ACE!

* MARCAS REGISTRADAS

HECHO EN MEXICO BAJO NORMAS DE CALIDAD **B-D**

REPRESENTANTES Y
CO-ASOCIADOS DEL



BECTON, DICKINSON & CO.
RUTHERFORD, N.J., U.S.A.

MAPAD, S.A. & C.V.

DR. GARCIA DIEGO 170, APDO. POSTAL 2402, TEL. 21-95-60
MEXICO 7, D. F.

ACROMICINA

Marcas de Tetraciclina

Lederle

UN NUEVO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO

ABSORCION RAPIDA
MEJOR TOLERANCIA
MAYOR ESTABILIDAD



ACROMICINA es un nuevo antibiótico de amplio espectro, desarrollado por la investigación de Lederle. Ha demostrado gran efectividad en su aplicación clínica, con la ventaja de su absorción y difusión rápidas y de gran estabilidad, por lo cual se producen niveles sanguíneos altos.

La ACROMICINA presenta amplia actividad antibiótica contra infecciones causadas por *Streptococcus beta-hemolítico*, *E. coli* (incluyendo infecciones del tracto urinario), abscesos, peritonitis, infección meningocócica, *stafilococcia*, *neumococcia* y *gonococcia*, otitis, mastoiditis, bronquitis aguda, bronquiolitis, actinomicosis, rickettsias, infecciones mixtas y algunas enfermedades causadas por virus de molécula grande.

La Acromicina puede obtenerse en cápsulas de 50 mg., (frasco de 25 y 100 cápsulas), 250 mg., (frasco de 25, 50 y 100 cápsulas), en polvo dispersivo con sabor a chocolate (Acromicina Lab.) conteniendo 50 mg. por cucharadita (frasco de 12 y 25 dosis) y en frasco intravenoso (frasco de 100, 250 y 500 mg.).

Registros No. 4700, 4778 y 4782 S. I. A.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
Chemical International Corp.
40 West 44th, New York 20, N. Y.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS
LABORATORIOS LEONAR, S. A.
José Martí Rta. No. 418
México 12, D. F.

Prop. No. A-57-44-100-000

CONTIENE CILASTATINA PARA INYEC.

S U M A R I O

ARTICULOS ORIGINALES:

TENDENCIAS RECIENTES EN CIRUGIA ESOFAGICA.— Por el Académico Dr. Philip Thorek y COMENTARIO por el Académico Dr. José Aguilar Alvarez	241
FIBROMA OSTEOGENICO DEL MAXILAR SUPERIOR. INFORME SOBRE UN CASO.—Por el Académico Dr. Miguel Lavalle y COMENTARIO por el Académico Dr. Raúl Peña Treviño	251
CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO DE LAS EVENTRACIONES Y HERNIAS REPRODUCIDAS DE LA PARED ABDOMINAL, CON AUTO-INJERTO DE DERMIS.—Por el Académico Dr. Joaquín Mass	268
Sesión Solemne de la Academia Mexicana de Cirugía, con motivo del XXI aniversario de su fundación	272
Discurso oficial del Académico Dr. Abraham Ayala González en ocasión del XXI aniversario de la fundación de la Academia Mexicana de Cirugía	273
Discurso del Sr. Dr. Ladislao Solares , Académico de nuevo ingreso	227
Curriculum Vitae del Dr. Ladislao Solares Ahedo	281
VARIOS:	
Comentarios y síntesis de literatura reciente	288
Sociales	292

—:O:—

CIRUGIA Y CIRUJANOS

CIRUG. Y CIRUJ.

PUBLICACION MENSUAL

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

Fundado en Junio de 1933.

Director:

DR. BERNARDO J. GASTELUM

Gerente

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción

DR. DIONISIO PEREZ COSIO

Registrado como Art. de 2ª clase en la Admón. de Correos el 6 de Abril de 1936.

Franquicia especial Oficio Núm. 60844 del 2 de octubre de 1937.

Toda correspondencia debe dirigirse al Apartado Postal número 7904

Facultad de Medicina, esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 8701. México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar.	Abono anual.	Núms. atrasados.
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.



INTRACTO de CASTAÑO DE INDIAS 'P'

• La vitamina 'P'
en su medio natural

FLEBOCONSTRICTOR

HEMORROIDES, VARICES,
FLEBITIS, MANIFESTACIONES
DE FRAGILIDAD CAPILAR

HECHO EN MEXICO POR,

ESTABLECIMIENTOS MEXICANOS COMBIEN S.A.
SEGUN FORMULA DE LOS LABORATORIOS **DAUSSE**

REG. No. 31927 S.S.A.

PROP. No. A-741/50 S.S.A.

LITERATURA EXCLUSIVA PARA MEDICOS



Cirugía y Cirujanos

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía

AÑO XXII

JUNIO DE 1954

NUM. 6

Tendencias Recientes en Cirugía Esofágica

Por el Académico Prof. Dr. Philip THOREK *
Chicago, Illinois.

Ningún especialista puede invocar la exclusividad sobre un órgano determinado y ningún órgano podrá nunca corresponder completamente a una especialidad determinada. El esófago no constituye excepción a este respecto. Todo médico debe de conocer bien las numerosas manifestaciones que pueden ser de origen esofágico.

Resulta embarazoso confundir un cardiospasmo con un padecimiento coronario, pasar desapercibida una hernia del hiato como causa de una anemia secundaria "idiopática", o considerar la cianosis de un recién nacido como tetralogía de Fallot en vez de una fistula traqueo-esofágica. Estos errores se han vuelto menos frecuentes a medida que aprendemos más de este órgano y lo conocemos mejor. Sin embargo, dichos errores aparecen todavía demasiado frecuentemente y de ellos puede resultar una muerte innecesaria.

Discutiré a continuación padecimientos esofágicos comunes como espasmos funcionales, divertículos, defectos congénitos, cardiospasmos, várices esofágicas, hernia del hiato y carcinoma. Quedan excluidas otras entidades por razones de tiempo y espacio.

CARDIOESPASMO (ACALASIA)

El cardiospasmo es un padecimiento caracterizado por dilatación, hipertrofia y tortuosidad del esófago. Las teorías sobre su etiología son nume-

* De los Departamentos de Cirugía de la Universidad de Illinois, Escuela de Medicina para Graduados Cook County, Hospital Cook County, Hospital Americano y Hospital Alexian Brothers.

rosas, exentas de claridad y no serán discutidas. Sin embargo, basta decir que la falta de demostración de una lesión anatomopatológica definida se suma a la confusión existente. Este padecimiento es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y en un gran porcentaje de casos pueden obtenerse antecedentes de tensión emocional o trauma psíquico. El 20 por ciento de todos los casos de disfagia corresponden al mismo.

Los principales síntomas son disfagia, regurgitación y dolor retroesternal, tan constantes en los padecimientos esofágicos que bien pueden constituir una tríada sintomática. En periodos variables de tiempo se han notado obstrucciones esofágicas completas, hasta el grado de que el paciente no puede deglutir su propia saliva. Es importante señalar que la dificultad a la deglución ocurre primero con líquidos y posteriormente con sólidos. El dolor retroesternal varía de moderado a intenso pudiendo producir morfomanía en los pacientes afectados por él.

Recientemente, Kramer e Ingelfinger describieron la prueba del mechohil como una ayuda diagnóstica en el cardiospasmo. Cuando esta droga parasimpaticomimética se inyecta a un individuo normal se presenta únicamente aumento ligero del tono y magnitud de las contracciones esofágicas. Sin embargo, en pacientes con cardiospasmo se producen espasmo y contracciones esofágicas notables consecutivamente a la administración de la droga.

El roentgenograma y la esofagoscopia confirman el diagnóstico. Es conveniente recordar, que en el cardiospasmo el esófago está dilatado notablemente, en el carcinoma moderadamente y en las estenosis ligeramente.

Las complicaciones que pueden asociarse con este padecimiento son bronquitis, bronquiectasia y absceso pulmonar. Todas estas pueden resultar del material aspirado que es regurgitado por el esófago.

El tratamiento médico comprende psicoterapia, antiespasmódicos y dilataciones. Se han preconizado muchos procedimientos quirúrgicos que comprenden cardioplastia, cardiectomía, resecciones y anastomosis.

ESPASMO ESOFAGICO Y ESOFAGO TENSO

Desgraciadamente este padecimiento frecuentemente es desapercibido o diagnosticado erróneamente, siendo un trastorno esofágico funcional, expresión somática de perturbaciones psíquicas. Primordialmente es un aumento de tono muscular en ausencia de proceso patológico local. No debe confundirse con el cardiospasmo.

El tono puede definirse como la tensión muscular presente en el estado

acontráctil o durante la diástole. El tono muscular del esófago produce presión sobre la luz del mismo, dependiendo las variaciones de esta presión del estado de relajación. El aumento de tono muscular puede producir dolor esofágico y el tiempo de tránsito esofágico puede retardarse temporalmente induciendo tensión emocional en algunos individuos.

Los estados diastólicos afectan diferentes niveles esofágicos y varían de intensidad ampliamente. El término "globus histericus" representa un aumento moderado de tono en la parte superior del esófago, los pacientes afectados por este padecimiento no deben ser relegados a "neuróticos", pudiendo ser tratados con éxito. Los estados tensionales que afectan la parte media e inferior del esófago se encuentran asociados con eructos frecuentes, sensación de pesadez y dolor sordo, confundiendo con padecimientos vesiculares o gastrointestinales. En las formas graves existe frecuentemente dolor excruciante subesternal o epigástrico, acompañado de disnea, palidez, sudoración y síncope. Si se confunden con padecimiento coronario, puede resultar un "inválido cardíaco" innecesario.

Se ha propuesto el término de *esófago tenso* para los pacientes con aumento de la diástole esofágica y el de *espasmo esofágico* para los ataques más agudos y graves, que se encuentran en los individuos con esófago tenso.

Cada caso de esófago tenso debe ser investigado cuidadosamente antes de aceptarse una etiología puramente funcional. En casos desapercibidos de este tipo nos impresiona la máxima de que —cuando la terapéutica falla no debe condenársele sino que debe sospecharse de la veracidad del diagnóstico.

El tratamiento general para el esófago tenso, es el mismo que para otros trastornos funcionales corporales. En los casos graves o refractarios, la terapéutica médica enérgica y las dilataciones producen en la mayoría de los casos alivio rápido y dramático.

DIVERTICULO ESOFAGICO

El divertículo esofágico puede clasificarse conforme a su localización y estructura. En relación a su localización existen tres tipos, superior (faringo-esofágico) medio e inferior (epifrénico). En relación a su estructura: si se hernia parte de mucosa a través de la capa muscular se trata de un divertículo de pulsión, pero si todas las capas esofágicas se encuentran jaladas para formar un saco se trata de divertículo de tracción. El tipo llamado de tracción usualmente se localiza a la región de la bifurcación traqueal, en donde se encuentran ganglios linfáticos traqueobronquiales con inflamación crónica. Rara

vez produce síntomas, ya que generalmente posee una abertura amplia que forma su cuello. Más importante que la clasificación es la fisiopatología que explica los síntomas y signos. Se cree indispensable la existencia de un punto débil en la pared muscular para la formación de un divertículo de pulsión. Mientras las abertura diverticular es grande no se producen síntomas —ausencia de estasis, ausencia de síntomas.

Conforme la comida va taponando lentamente al divertículo, este crece y cae, proceso que continúa hasta que el divertículo caído produce por su peso, presión sobre el esófago, con la obstrucción consiguiente. Debe señalarse, que en tales divertículos grandemente desarrollados, la comida tiene acceso más fácilmente al divertículo que a la luz esofágica. El síntoma principal es la disfagia, siendo las complicaciones más frecuentes la diverticulitis, perforación y mediastinitis. El roentgenograma y la esofagoscopia confirman el diagnóstico.

Actualmente, con la quimioterapia, mejoramiento de técnica quirúrgica, anestesia moderna y cuidado postoperatorio adecuado, se prefiere la diverticulopexia en un tiempo. La diverticulopexia tiene sus indicaciones; este procedimiento en el cual se disecciona el divertículo y se sutura hacia arriba a las estructuras anexas, se reserva para los pacientes que constituyen un riesgo quirúrgico pobre. Por este medio, la comida no tiene acceso al divertículo desapareciendo por ende los síntomas.

VARICES ESOFAGICAS (Hipertensión porta)

La ruptura de una vena esofágica es una emergencia que impone un tributo a la habilidad diagnóstica, destreza y juicio del cirujano. Este padecimiento resulta de un aumento en la presión del sistema porta (intrahepático o extrahepático) y casi siempre se encuentra en la parte inferior del esófago. La enfermedad más común productora de bloqueo intrahepático es la cirrosis hepática, y mientras ésta continúe siendo frecuente, las varices esofágicas seguirán siendo una amenaza a la vida. El bloqueo extrahepático puede deberse a flebitis, trombosis, estenosis fibrosa o transformación cavernosa de la vena porta, esta última congénita o adquirida. El diagnóstico diferencial entre úlcera gastroduodenal y varices esofágicas, tratándose de una hemorragia, constituye un reto a la habilidad diagnóstica de cualquier cirujano. El hábito cirrótico (ausencia de vello torácico) es una ayuda útil en el diagnóstico. Asimismo, la presencia de ginecomastia y telangiectasis debe hacer sospechar la presencia de patología hepática. El llamado síndrome de Banti

está caracterizado por esplenomegalia, anemia, várices esofágicas, ascitis y leucopenia. Si el bloqueo porta se debe a lesiones intrahepáticas las pruebas funcionales hepáticas resultan positivas en tanto que si se debe a lesiones extrahepáticas dichas pruebas resultan generalmente negativas. En los estadios recientes puede ser inocua la toma de un esofagograma que puede revelar la apariencia "en rosario" patognomónica que se presenta en la parte inferior del esófago.

Ya que la hemorragia debida a ruptura de várice esofágica puede ser rápidamente fatal, deben adoptarse medidas definidas para prevenir su repetición. Algunos de los procedimientos terapéuticos preconizados han sido la inyección de la várice con sustancias esclerosantes, el taponamiento a través del esofagoscopio, la ligadura de la vena coronaria, la resección de la unión esofagogástrica a fin de remover el área varicosa y diversas formas de derivaciones portocavas.

Estas derivaciones han obtenido cierto grado de popularidad en los últimos años y se han intentado varios tipos de anastomosis cuyo propósito es derivar la sangre del sistema porta al sistema de la cava. Recientemente se han preconizado las ligaduras de arteria hepática y esplénica. Con el tiempo se definirá el valor de estos métodos.

HERNIA DEL HIATO ESOFAGICO

La hernia del hiato esofágico es un tipo de hernia diafragmática en el que la parte superior del estómago se hernia a través del hiato esofágico. Se han descrito tres tipos de hernias del hiato esofágico: (1) El tipo de hernia paraesofágica en el cual el estómago se hernia a través del hiato y se encuentra paralelamente a un esófago de longitud normal; (2) el tipo de hernia del hiato por deslizamiento en el cual el estómago se hernia a través del hiato empujando hacia arriba a un esófago de longitud normal, haciéndolo por ende tortuoso y (3) el tipo de hernia del hiato con esófago corto congénito en el cual la parte superior del estómago se hernia a través del hiato debido a que el esófago nunca ha tenido longitud normal. Este último tipo puede ser diagnosticado por el esofagólogo al notar la apariencia de mucosa gástrica a un nivel raramente alto. Las hernias del hiato pueden ser vistas como un hallazgo incidental en el curso de roentgenogramas gastrointestinales rutinarios. *Tales hernias rara vez producen síntomas y aun cuando muchos no aconsejan tratamiento para las mismas, siempre existe el peligro de estrangulación con empiema consecutivo y muerte a breve plazo.* Por otra parte, muchos pa-

cientes con hernias del hiato se quejan de dolor epigástrico, meteorismo, eructos, anorexia, pérdida de peso y dolor retroesternal. Tales casos se diagnostican erróneamente como padecimiento vesicular, úlcera péptica, gastritis o insuficiencia coronaria. Estos errores pueden evitarse si se tiene en mente la posible existencia de la hernia del hiato y particularmente si se toman los roentgenogramas gastroduodenales en posición de Trendelenburg, que hace patente la hernia que de otra manera podría pasar inadvertida.

Siempre debe considerarse la exéresis frénica izquierda, ya que alivia la presión y síntomas al relajar el hemidiafragma izquierdo.

La reconstrucción quirúrgica del defecto en las hernias de tipo paraesofágico y por deslizamiento es fácil ya que todo lo que se requiere es la restitución abdominal del estómago herniado y el estrechamiento del hiato esofágico. La hernia con esófago corto congénito es la más difícil de tratar con éxito.

DEFECTOS CONGENITOS

Recientemente se ha adquirido mucho conocimiento acerca de las atresias congénitas y las fistulas traqueoesofágicas, de manera que actualmente pueden ser clasificadas y tratadas en una forma adecuada. Diversas combinaciones de estas anomalías son posibles de presentarse, la más común de ellas es aquella en que la parte proximal del esófago termina en saco y la distal se comunica con la traquea para formar una fistula traqueoesofágica. Esta anomalía debe sospecharse cuando en un recién nacido se presenta el complejo sintomático tos, sofocación y cianosis, que se expresa pneumotécnicamente en inglés por las tres "C", COUGHING, CHOKING, CYANOSIS. Esto es particularmente acertado, cuando el niño babea o tiene rinorrea en forma exagerada. Tales casos deben considerarse emergencias, ya que estos niños pueden morir de neumonía por aspiración. El roentgenólogo es de valor inestimable en la determinación del tipo y sitio de las lesiones por la sola observación de la presencia o ausencia de gas en el estómago o colon y por la inyección de una pequeña cantidad de lipiodol a través de un catéter nasal visualizando el esófago proximal (nunca debe usarse bario con este propósito).

Si se tienen en mente estas pocas observaciones pertinentes, no se considerará todo bebé azul como tetralogía de Fallot y podrá instituirse en forma inmediata en estos casos la terapéutica adecuada. El tratamiento es qui-

rúrgico y disponiéndose de métodos modernos es de esperarse un alto por-
chas neoplasias esofágicas.

CARCINOMA DEL ESOFAGO

No debe asumirse por más tiempo una actitud de derrota frente al carcinoma del esófago. La que fué considerada una lesión inoperable y sin esperanza hace una década, presenta actualmente al menos una posibilidad terapéutica que vale la pena de intentarse a fin de conseguir un resultado paliativo o "curativo". Si las presentes impresiones son correctas, las perspectivas generales y pronóstico del carcinoma del esófago son mejores que el cinco por ciento de curación, cinco años de supervivencia establecidos para el carcinoma del estómago. Sin embargo, resulta bastante ridículo el tratar al paciente como una estadística.

El diagnóstico precoz es de importancia primordial en este tipo de carcinoma, en forma semejante a lo que sucede con el carcinoma de otras partes del cuerpo, ya que por medio del diagnóstico precoz puede aumentarse el grado de supervivencia postoperatoria. Se habla generalmente de cambios en el hábito de la defecación en el carcinoma del colon, en una forma semejante he referido la máxima de que "cualquier cambio en el hábito de la defecación, que persiste, debe considerarse como un carcinoma del esófago, hasta probarse otra cosa". Cuando se preste atención adecuada a esta máxima y tales casos sean investigados cuidadosamente por estudios esofagoscópicos y roentgenológicos, se hará tratamiento quirúrgico más temprano en muchas neoplasias esofágicas.

La disfagia es generalmente el primer síntoma; de carácter progresivo determina que el paciente refiere cambio en sus hábitos ingestivos "del filete a la hamburguesa y de ella a los alimentos blandos y líquidos". Pueden haber periodos de intermitencia durante los cuales el paciente puede pensar que la molestia ha desaparecido. Aun cuando un tumor puede complicar una gran parte de la circunferencia esofágica, los síntomas pueden ser mínimos a causa de la capacidad para la distensión del músculo esofágico normal remanente. El dolor y la regurgitación completan la tríada sintomática.

La esofagoscopia y la biopsia, constituyen los únicos medios por los cuales puede hacerse un diagnóstico definido. El tratamiento es quirúrgico. La terapia física es de valor paliativo.

RESUMEN

Se señala la importancia de tener en la mente los padecimientos esofágicos. Se discuten algunos de los errores diagnósticos más comunes de los padecimientos en los que participa el esófago. Cuando la terapéutica falla en el alivio de ciertos males esofágicos no debe condenarse al tratamiento sino sospecharse de que el diagnóstico no sea verdadero.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. José AGUILAR ALVAREZ

En el trabajo del señor doctor Philip Thorek se enumeran la mayor parte de los padecimientos del esófago, señalando los principales síntomas de estas enfermedades con la finalidad de hacer un diagnóstico diferencial y evitar así muertes innecesarias, subrayando un poco más al carcinoma del esófago alrededor del cual hace algunos comentarios, entre los que insiste que la terapéutica del esófago es quirúrgica.

Más nos hubiera gustado que este trabajo se refiriese a un solo tema sobre el que nos comunicase su vasta experiencia —ya que es de todos los señores Académicos conocido su brillante curriculum vitae— tanto más, cuanto que su monografía sobre enfermedades del esófago, editada en 1952, nos parece muy importante.

Aprovechando que el padecimiento en el que más insiste el autor es el cáncer del esófago y su terapéutica quirúrgica, deseo hacer algunas consideraciones, reservándome para hablar ampliamente del tema en un trabajo reglamentario que presentaré a esta Academia oportunamente.

En el tratamiento del cáncer del esófago se plantean dos problemas: primero, la exéresis amplia del tumor y segundo, la restitución de la continuidad del tubo digestivo. Para esta última se han utilizado por diversos cirujanos y en distintos países, el intestino delgado, el delgado y el ascendente, el transverso o el estómago. Considero que el mejor elemento para esta plastia es el estómago y solo he utilizado este órgano en mi práctica quirúrgica. Para lograr correctamente las plastias gástricas se debe liberar bien el estómago en sus dos tercios superiores, ligando necesariamente la coronaria estomáquica y los vasos cortos, ya que basta la circulación inferior de las dos gastroepiploicas y su anastomosis con la pilórica y las ramas de la pancreático duodenal.

En los casos de tumores del tercio inferior del esófago, se reseca la porción necesaria del tercio inferior de este órgano y el tercio superior del estómago o más si es necesario, terminando la intervención al hacer una anastomosis esófago-gástrica en la cara anterior del estómago.

Vías de acceso.

Las vías de acceso más comunmente utilizadas son la transtorácica a través del 6º a 9º espacio intercostal, de acuerdo con el estudio del tumor, ya sea sobre el hemitórax izquierdo o el derecho; este último es usado habitualmente por la Escuela Inglesa; la otra vía de acceso en los casos muy amplios en los que la resección sea difícil y la liberación también, es la toraco-abdominal.

Estadística.

La estadística general en Inglaterra sobre la resección del esófago tiene un término medio de 31% de mortalidad; la norteamericana —y para señalar algún elemento de los que la constituyen— la de Sweet la divide en tres grupos, arrojando un índice de mortalidad para el primero de 11%, para el 2º de 14% y para el 3º de 24%. En realidad no se puede hacer un promedio total comparable con el de las demás Escuelas. La estadística en Francia oscila entre el 50 y 60% y uno de sus elementos —Santy de Lyon— tiene un índice de mortalidad de 60%. En lo que se refiere a mi casuística personal, tiene un índice de mortalidad de 28.5%.

Cánceres avanzados.

Debemos declarar enfáticamente que el uso de la gastrostomía ha quedado completamente condenada, no resuelve la mejoría del paciente o disminuye sus condiciones generales por el impacto psicológico tan intenso y en caso de que se consiguiera una mejoría que hiciera posible el tratamiento quirúrgico posterior, la gastrostomía resultaría un problema muy grave en el momento quirúrgico, pues haría la operación séptica y dificultaría mucho la liberación del estómago para el uso de la plastia gástrica. En estos casos se han recomendado para mejorar las condiciones de inanición, las dilataciones suaves o el uso de los tubos de plata de Souttar. Pienso que es mucho más ventajoso usar en todo caso, la yeyunostomía.

Uso de los tubos de plástico.

El uso de tubos de plástico tiene —a mi juicio— un porvenir muy brillante; ha sido Berman el que ha trabajado más y ha colocado los primeros en el año de 1950; el plástico que principalmente usa es el polietileno, que en Inglaterra se denomina Polivinil. Sus trabajos experimentales en perro se iniciaron en el año de 1922 y a la fecha puede concluirse lo siguiente: alrededor del tubo de plástico se forma una capa fibrosa que se inicia a los cinco días y envuelve totalmente el plástico a los 23 días; la epitelización de este mismo tubo principia al mes y queda totalmente integrada al año. El tubo de polietileno puede retirarse al final de este tiempo por endoscopia y la duración del tiempo quirúrgico que restituye la continuidad del tubo digestivo con el plástico, es solamente de 15 minutos y la mortalidad alcanza el magnífico índice de 10%.

Terapia.

Como ha dicho muy bien el autor en su trabajo, todavía el tratamiento del carcinoma del esófago pertenece a la cirugía; sin embargo, no podemos menospreciar a la fecha los trabajos trascendentales de Dinamarca, Suecia, Inglaterra y Alemania, con terapia rotatoria y especialmente la estadística de Nielsen de Copenhague, en la que un grupo escogido de enfermos inoperables obtuvo un tratamiento paliativo con una supervivencia de uno a tres años y 3% de curaciones radicales, lo que deja la puerta abierta al tiempo, que establecerá definitivamente lo que podemos esperar de la terapia. Es necesario advertir que los cánceres del esófago solo son posibles de mejorar o curarse con terapia, cuando corresponden histológicamente a los epitelomas epidermoides de células escamosas, ya que en los adenocarcinomas la terapia no da ningún resultado.

No deseo terminar este comentario sin señalar a ustedes el alcance magnífico del trabajo del doctor Philip Thorek, tratando de eliminar errores graves de diagnóstico en los padecimientos del esófago, que tendrán como consecuencia evitar "muertes innecesarias", por lo que me permito felicitarlo muy efusivamente.

Fibroma Osteogénico del Maxilar Superior

INFORME SOBRE UN CASO

*Por el Académico Dr. Miguel LAVALLE **

En nuestra casuística, contamos con ocho casos de tumores de los maxilares: fibroma osteogénico, adamantinoma quístico, osteoma, fibroma, fibroblastoma con degeneración quística, osteosarcomas y osteofibro-sarcoma; escogimos la presentación del primer caso por considerarlo de interés desde el punto de vista clínico y anatomopatológico.

CASO

S. T. R., de 18 años de edad, soltera, ingresó al Hospital Juárez el 22 de abril de 1953, para ser tratada de un tumor del maxilar superior. Principió su padecimiento a los diez años de edad con la aparición de un tumor, como de un centímetro de diámetro, situado en la parte baja del párpado inferior derecho; de consistencia ósea, fijo, no adherente a los planos superficiales; indoloro y sin cambios en la coloración de la piel; crecimiento lento; de forma aplanada y sésil. A los cinco años tuvo un brote inflamatorio en el mismo sitio, con hipertermia local y dolor; culminó en absceso, que se abrió espontáneamente y dió salida durante tres días a pus amarillento, bien ligado; quedó como secuela cicatriz adherente al plano óseo; no se modificaron por este motivo ni la forma ni las

(*) En colaboración con los Dres. Jesús Aguilar, J. Dueñas de la Torre y J. Hoyos Ruiz.

dimensiones del tumor. Simultáneamente sufrió reacción conjuntival con epífora y fotofobia en el ojo derecho. (figs. 1, 2, 3 y 4).



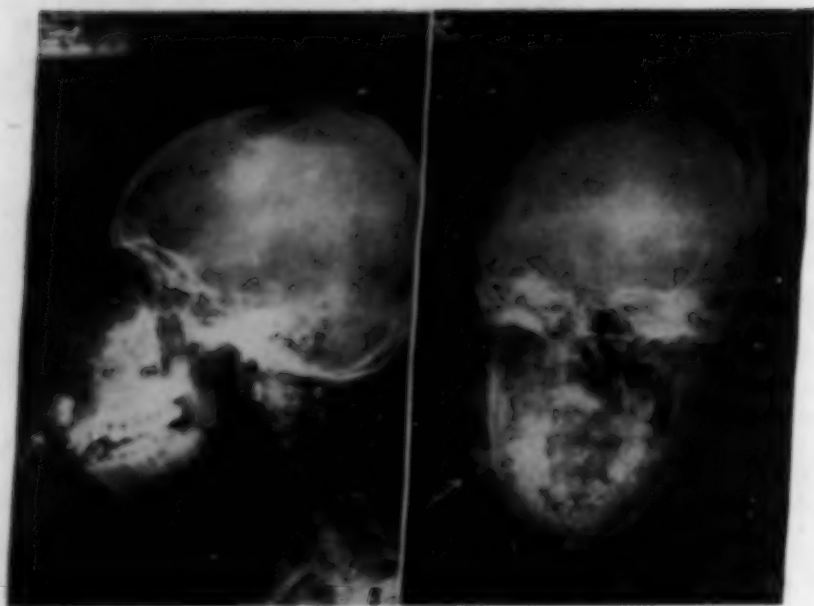
Actualmente la tumoración se encuentra muy desarrollada, esférica, como de 16 cms. de diámetro, de superficie lisa y uniforme, no desplazable, de consistencia dura, no adherente a los planos superficiales e indolora. Fosa nasal derecha obstruida; la pirámide nasal da la impresión como si hubiese girado en masa hacia la izquierda, con la narina y el ala derecha más bajas. Boca asimétrica, desviación de la comisura labial;

el vestibulo superior derecho ocupado, prominente, duro, sin edema; odontoloxia que imposibilita la masticación; (fig. 1) paladar óseo saliente con invasión hacia el lado opuesto; ausencia de la tercera gruesa molar derecha superior; disminución de la agudeza visual del ojo del mismo lado; hipoacusia en el oído derecho. El padecimiento no ha repercutido sobre el estado general, mas si en la esfera psíquica: la enferma es retraída, autista, con complejos de inseguridad e inferioridad. La cara en su conjunto se muestra asimétrica, los surcos nasogeniano y nasolabial borrados, la zona más prominente se encuentra hacia abajo y afuera e invade las regiones circunvecinas, desplazando la boca, nariz y ojo hacia la izquierda; límites posterior e inferior definidos; arriba y atrás se continúa insensiblemente con la región temporal; por la parte anterior invade la cavidad orbitaria; hacia adentro se continúa con los huesos propios de la nariz, a la que desplaza hacia el lado opuesto. En el párpado inferior derecho se observan varicosidades y en diversas porciones de la cara cicatrices de viruela. Articulaciones temporomaxilares libres; malar derecho deformado; temperatura local ligeramente aumentada; nervio suborbitario derecho indoloro; ectropión del párpado inferior derecho y reacción conjuntival. La transluminación de los senos de la cara manifestó transparencia en la parte anteroinferior del tumor, el resto es opaco.

Las radiografías estereoscópicas antero-posteriores (fig. 6) revelaron la existencia de una tumoración con zonas de naturaleza ósea, alternando con otras de menor densidad, que abarcan el maxilar superior y el hueso malar derechos, pasa la línea media, desvía el tabique nasal hacia la izquierda. En el ángulo infero-externo da la impresión de inclusión de restos dentarios. En las placas laterales (fig. 5) se observa la misma localización y extensión, desde el borde orbitario al alveolar; en la parte anterior hay condensaciones, de aspecto óseo, cuya densidad contrasta con el resto de la tumoración.

Rinoscopia anterior: en la fosa nasal derecha la mucosa está congestionada, sangra con facilidad, no es posible distinguir el tabique nasal. La cavidad nasal izquierda muestra congestión del lado del tabique nasal desviado; no son visibles los cornetes.

Rinoscopia posterior: Coana izquierda parcialmente obstruída; la derecha lo está en su totalidad.



La laringoscopia no dió datos positivos.

Otoscopía: desaparición del triángulo luminoso en la membrana del timpano derecho.

El 25 de abril de 1953: 3.800.000 glóbulos rojos por mm.c. El 26 de junio del mismo año: 4.000.000.

Estudio histopatológico de ganglio submaxilar infartado: "Adenitis crónica con hiperplasia reticular. No existen datos de tumor". Microfotografía. (fig. 13).

Resumen de datos positivos:

1. Tumorcación que se manifiesta a los diez años de edad.
2. A los cinco años: descarga purulenta en el sitio donde se inició.

3. Crecimiento lento, la neoformación invade las regiones vecinas.
4. Odontoloxia (desplazamiento dentario) y disgenesia de la tercera gruesa molar superior derecha.
5. Caracteres normales de la piel y mucosas que rodean al tumor.
6. No se afecta el estado general.
7. Evoluciona en ocho años.
8. Signos radiológicos de proceso osteógeno, con zonas de densidad ósea, que alternan con otras de menor consistencia.
9. Adenitis crónica con hiperplasia reticular correspondiente al territorio linfático del tumor. No hay signos de metástasis.

Síndrome tumoral caracterizado por los datos anteriormente expuestos.

Síndrome de insuficiencia respiratoria, por obstrucción parcial de las fosas nasales.

Imposibilidad de la masticación por odontoloxia y falta de correspondencia de las arcadas dentarias.

Alteraciones psíquicas acompañadas de complejos de inseguridad e inferioridad.

No se practicó biopsia pre-operatoria del tumor, por el traumatismo operatorio que significaba debido a su gran dureza y se prefirió posponerla al acto operatorio.

CONSIDERACIONES

La tumoración provocó por acción mecánica, compresiva y deformante sobre las diversas cavidades de la cara: dificultad para la masticación, obstrucción respiratoria, anosmia, voz gutural, hipoacusia y disminución de la agudeza visual.

El estudio radiológico revela que la deformación se desarrolló a expensas del maxilar superior; probablemente odontíasis u osteogénica,

por la inclusión de porciones de mayor densidad de aspecto odontoide, dentro de una masa uniformemente opaca, sin asumir morfología quística.

Con los datos anteriormente expuestos, se permiten las consideraciones siguientes: tumor clínicamente benigno; fundado en su larga evolución y a la no repercusión sobre el estado general, no hay producción de metástasis, ni formaciones parecidas en otras partes del cuerpo. Probablemente se trate de una odontiasis o coincida en su iniciación con ella, por principiar a los diez años de edad y coincidir también con disgenesia de la tercera gruesa molar derecha superior e inclusión dentro de la masa tumoral de zonas densas odontoides.

Las piezas dentarias se originan en una porción mesodérmica y otra ectodérmica, determinando tumores de tipo conjuntivo o epitelial y formaciones mixtas conjuntivo-epiteliales.

"Hacia la sexta semana de la vida embrionaria el epitelio gingival se invagina en el mesodermo, formando una placa de células epiteliales que por su cara posterior da origen a la lámina dentaria, en cuyo borde libre se forman los botones dentarios o mamelones adamantinos de la primera y segunda dentición. La parte inferior del cuerpo acampanado se invagina para dar lugar a los elementos vasculares y de la pulpa dentaria.

De aquí salen los odontoblastos, y más tarde el cuerpo adamantino, que puede quedar en la raíz, corona o cuello de una pieza y ser causa de los tumores. En ocasiones puede haber restos embrionarios aberrantes, que en el curso de la vida y por causas irritativas, se pueden desarrollar y dar origen a esta clase de tumores.

El tumor odontógeno mesenquimal de forma mixta se distingue del quiste coronario ya que éste se origina en la corona de la pieza dentaria, produciendo odontoloxia de las piezas vecinas. El diente afectado es pequeño, mal implantado, desviado de la línea alveolar; al principio el tumor es duro, se toca a través de la tabla externa distendida del maxilar que se necrosa y ulcerar, revelando su naturaleza quística a la palpación. La punción permite extraer líquido parduzco, espeso, a veces hemático".

El quiste dentigero se observa con predilección en los caminos e incisivos laterales.

El epiteloma adamantino o adamantoblastoma tiende a la forma quística de consistencia blanda. Recidiva y crece rápidamente; se observa con más frecuencia en el maxilar inferior.

La enfermedad de Paget u Osteitis Deformante, no da lugar a confusión, porque suele presentarse en personas mayores de cuarenta años, se generaliza a todos los huesos y tiene simpatía por los de la bóveda del cráneo que llegan a tener un espesor hasta de tres centímetros y deforma en arco los huesos largos.

En nuestro caso son evidentes las características de benignidad clínica por su constitución en sí, no por las complicaciones que determine en su crecimiento. Los datos clínicos y radiológicos nos inclinan a pensar en tumores de los maxilares del Grupo III de la clasificación de Erich; y me refiero a ella, porque como dice el autor: "en ciertos aspectos, los tumores de los maxilares son de más difícil clasificación que las neoplasias de otras regiones, en parte porque la formación de los de origen dentario es en extremo obscura. Sin embargo, desde el punto de vista del tratamiento, el problema se puede simplificar prestando atención particularmente a los detalles de importancia diagnóstica y terapéutica. Así, el tercer grupo, comprende aquellos tumores de las mandíbulas en los que el examen radiológico revela un defecto en el hueso, el cual contiene otro tejido anormal; comprende en este grupo: el fibroma, el angioma, el tumor de células gigantes, el odontoma sólido, el osteoma esponjoso, el osteoma sólido, la osteitis fibrosa quística de carácter localizado, el fibroosteoma, el mixocondroma, el condro-osteoma y algunos sarcomas osteógenos. Sin embargo, las imágenes radiográficas que se observan en esta clase de tumores, con la excepción de algunos osteomas y odontomas sólidos, no tienen nada de características; por consiguiente, el diagnóstico definitivo no puede ser absolutamente cierto hasta que se hayan extirpado los tejidos y examinado bajo el microscopio".

La imagen radiográfica en nuestro caso es común en los sarcomas osteógenos, osteomas esponjosos, fibroosteomas y condroosteomas, pero teniendo en consideración la evolución clínica nos inclinamos ante la presencia de algunos de los tres últimos de origen o coexistencia odontoiáica

o no, teniendo en cuenta las disgenesias dentales que pueden haber dado origen al tumor o ser consecuencia del mismo.

Cuadro que evoluciona en una joven de 18 años, de constitución media, con anemia, ligera, insuficiencia ovárica y con las alteraciones psíquicas ya anotadas.

El pronóstico tiene características de benignidad desde el punto de vista clínico; sin embargo, éste está supeditado al volumen de la tumoración y a su acción invasora y compresiva sobre las regiones circunvecinas, comprometiendo varias funciones importantes. Desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, el pronóstico puede considerarse grave, por el gran desarrollo del tumor y su invasión compresora sobre órganos y regiones vitales, alterando su función.

Algunos clínicos que observaron el caso, confirmaron la gravedad por considerarlo inoperable.

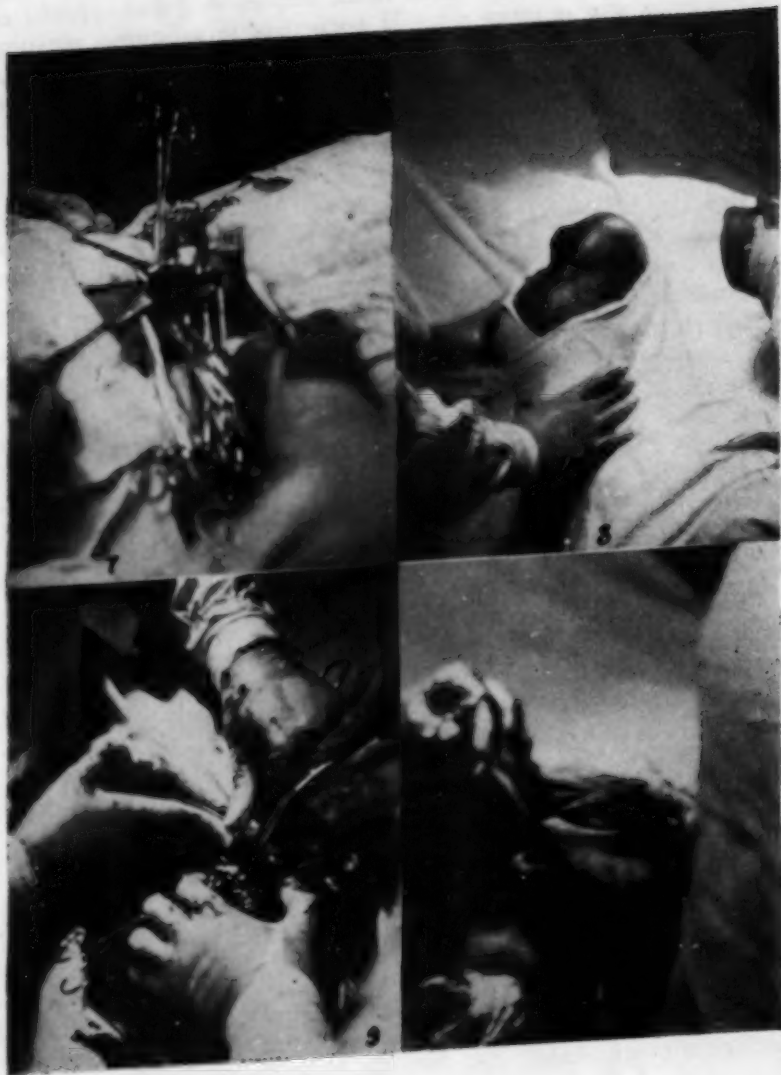
El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, consiste en la resección total del maxilar superior y de las regiones invadidas. La prominencia del tumor en la bóveda palatina dificulta las maniobras para la introducción de la cánula endotraqueal, mas ambas articulaciones temporomaxilares se encuentran libres, por lo que en manos de un experto anestesista fué posible realizarla. (Dr. Martínez Osorio).

Estrategia quirúrgica: hemorragia; la resección del maxilar superior es una de las intervenciones más sangrantes; ligadura previa de la carótida externa; (Fig. 7) las ramas anastomosantes del lado contrario y la esfenopalatina por taponamiento. Disponibilidad de tres tipos de sangre para transfusiones. La infección postoperatoria se conjuró con antibióticos, tanto de aplicación local, como general, mantenidos a eficaz nivel sanguíneo.

Los tiempos quirúrgicos se ajustaron a los señalados para la intervención clásica, realizando las modificaciones obligadas por el gran volumen y la invasión de regiones vecinas. En los primeros tiempos hubo la necesidad de llevar la resección hasta el arco zigomático y en el último tiempo, se substituyó la pinza de Farabeuf, por una compresa que envolvió al tumor y con la mano se hizo la basculación y la extracción del tumor para evitar su fragmentación. (figs. 8, 9 y 10).

CIRUGÍA Y

FIBROMA DEL MAXILAR



CIRUJANOS

Se comprobó la permeabilidad nasal, después de haber aplicado el taponamiento, que se retiró a las 72 horas; éste se substituyó por una esfera de celuloide, y así evitar que la retracción de los tejidos, dificultara más tarde la aplicación de la prótesis. Pulverizaciones de tirotricina en la cavidad residual. Se llenaron los cuidados corrientes post- operatorios y la evolución fué buena, interrumpida solamente por reacción febril determinada por pirógenos.

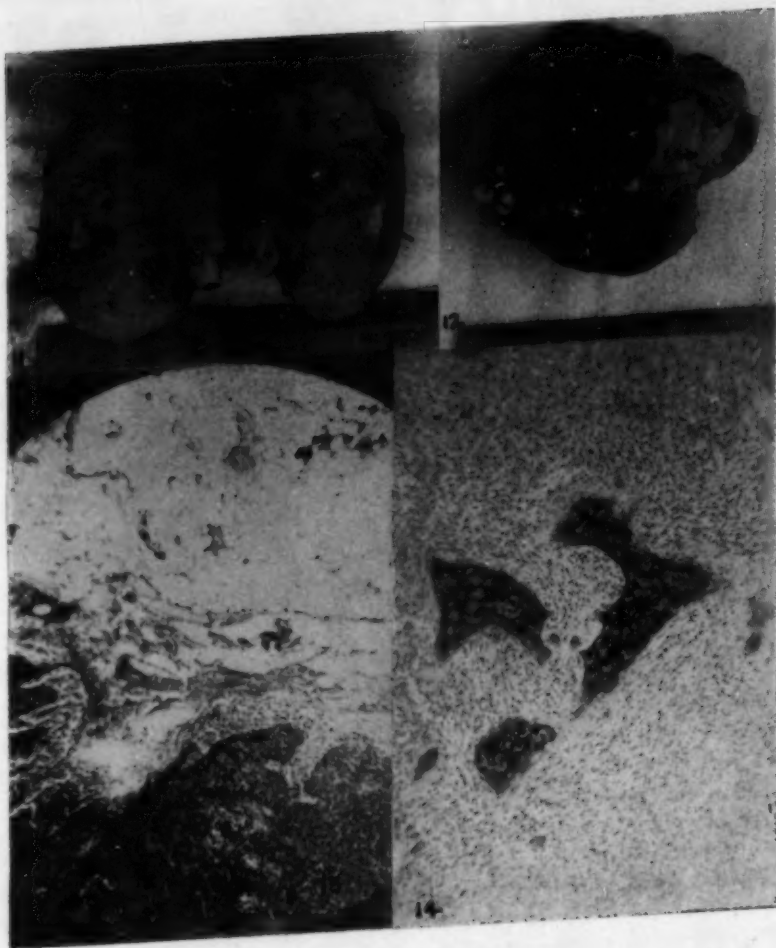
Fuó extirpada una tumoración de forma ovoidea, cuyos diámetros principales fueron: 12, 14 y 16 cms. y su peso de 380 gramos. De consistencia ósea en todas sus porciones. Una mejor descripción de la pieza, se obtiene, en la serie de fotografías relativas; nótese que en un corte transversal, se encuentra una pieza ósea aberrante, (fig. 11) que se asemeja a una gruesa molar; en cambio en el alveolo correspondiente a la tercera molar superior derecha un sólo tubérculo de los cuatro o cinco que la deben constituir. (fig. 12).

Diagnóstico anatomopatológico: Fibroma con metaplasia osteogénica rifusa. (Fibroma osteogénico) o Tumoración conjuntiva fibrosa con zonas de calcificación y osificación. Fibroma osteoide. Fechado el 13 de julio de 1953. (Dr. Gabriel Alvarez F.).

Posteriormente se insistió en la búsqueda de restos epiteliales o de tumor mixto y en junio del presente año el Dr. Clemente Villaseñor reportó: "Está constituido por numerosos fibrocitos que adoptan disposición fascicular, entre los que se observan nódulos cálcicos. No se advierten indicios de malignidad tumoral". (Microfotografía. Fig. 14).

Tanta insistencia en lograr un minucioso estudio histopatológico, se deriva de que según el antiguo concepto de Broca, la ausencia de una pieza dentaria, es una consecuencia fatal de la formación del tumor a expensas del folículo. Pero esta ausencia de la pieza dentaria con frecuencia es aparente, pues se ha encontrado la pieza incluida en el mismo tumor, por lo que algunos autores creen que sólo la presencia de una pieza formada dentro o cerca del tumor, servirá para diagnosticar un epiteloma adamantino y que cuando no se halla, es porque no se busca suficientemente. En el presente caso, se agotó la búsqueda con dos estudios histopatológicos concienzudos.

FIBROMA DEL MAXILAR

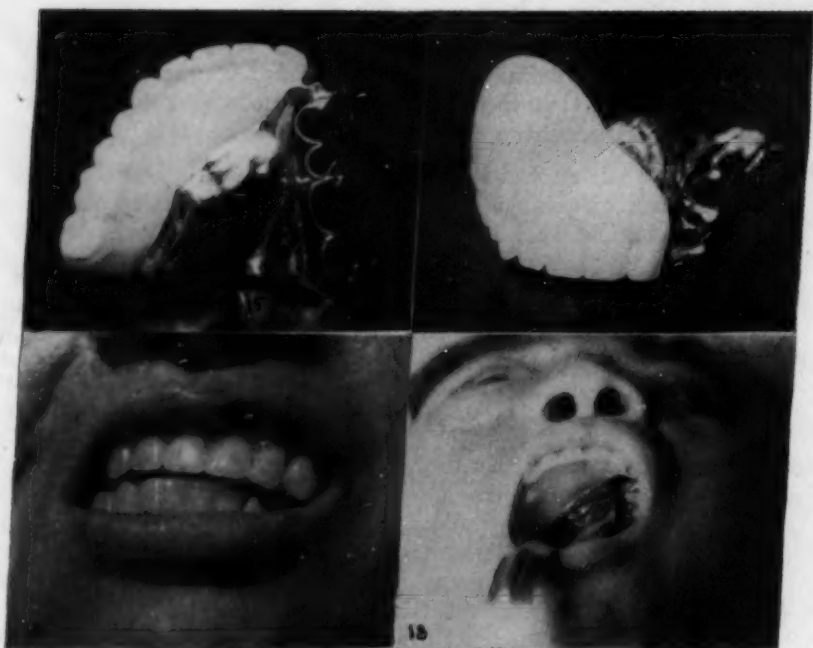


Se incluye una serie de fotografías, que muestran el estado de la enferma en los días subsiguientes a la intervención y a los diez meses, (figs. 19 y 20). Cuando se han resuelto parcialmente los problemas que



plantea el post-operatorio de este tipo de enfermos a saber: el protésico, el estético y el de rehabilitación; hemos propugnado por resolverlos en la siguiente forma: el protésico, con la construcción de una prótesis eficiente para realizar la masticación y el primer tiempo de la deglución; (figs. 15, 16, 17 y 18) el estético: sujetando a la enferma a una serie de intervenciones quirúrgicas realizadas por el especialista con este fin y finalmente, el de rehabilitación liberando a la enferma del complejo de inseguridad e inferioridad, reintegrándola al medio social en actitud de lucha y rendimiento. (Asiste a la escuela anexa al Hospital Juárez).

Esta culminación obligada de toda terapéutica mutilante: la rehabilitación del enfermo, debe ser la resultante de una colaboración estrecha,



entre diversos elementos especializados, que tienen por finalidad, conducir al paciente después de aplicado el tratamiento quirúrgico, situación de rendimiento, lo más cerca posible, a la que se encontraba en estado de salud. En el caso en estudio, esta colaboración fué un hecho, pero todavía hay bastante por realizar en las diversas esferas señaladas.

Hasta el presente no se ha observado recidiva del tumor; la disposición mental, el rendimiento en trabajo de la enferma y las posibilidades futuras de una joven de 19 años, con transformación importante en la esfera psico-somática, le brindan un futuro desprovisto del lastre que determinó, un padecimiento que se inició a los diez años de edad, que deforma monstruosamente, lo más estimado en un joven de su edad, cercenándola del medio social con profundo resentimiento y complejo de inferioridad.

CONCLUSIONES

1. El diagnóstico definitivo en el presente caso, corresponde al Grupo III de la clasificación de Erich, no puede ser absolutamente cierto sino mediante el estudio histopatológico.
2. Al tratar de resolver los problemas que plantea la aplicación del tratamiento quirúrgico, no perder de vista los cuidados que faciliten la aplicación de una prótesis.
3. El tratamiento de este tipo de enfermos requiere la colaboración estrecha de diversos especialistas: constructor protésico, ortodoncista, cirujano plástico, psicoterapeuta y un centro de rehabilitación.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Costero, Y.: Tratado de Anatomía Patológica, México, Atlante, 1946, Vol. 2, Págs. 179, 1842-1844.
2. Erich, J. B.: Tumores malignos y tumores benignos de los maxilares. *América Clínica*, Vol. XXIII, Julio 1953, No. 2, Págs. 106-116.
3. Ivy, R. H.: Neoplasias de los maxilares, en Christopher, F.: Tratado de Patología Quirúrgica, México, Editorial Interamericana S. A., 1947, Vol. 2, Págs. 852-857.
4. Kazanjian, V. H., y Converse, J. M.: Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara, Buenos Aires, Editorial Mundí, 1952, 1ª Ed. Argentina, Págs. 556-567.
5. Ferrin, T. G., y Tachiquin, A.: Nota histológica sobre un caso de adamantinoma verdadero, o propiamente dicho. *Medicina, Revista Mexicana*, 679: 289-291, 1953.
6. Quirós, F.: Conocimientos de Patología Médico-Quirúrgica de la boca y sus anexos, México, Imprenta Universitaria, 1937, Págs. 97-121.
7. Quijano, J.: Quistes dentarios. *Cirugía y Cirujanos*, Vol. XVII, Sept. 1949, No. 9, Págs. 487-490.
8. Urtubey, L.: Los Tumores, Barcelona-Madrid, Editorial Científico Médica, 2ª Ed., 1942, Págs. 38, 72-76, 98-99.
9. Villaseñor, C.: Nomenclatura y clasificación de los tumores. *Cirugía y Cirujanos*, Año XV, Marzo 1947, Nº. 3, Págs. 93-107.

COMENTARIO

Por el Académico Dr. Raúl PEÑA TREVINO

El trabajo del Académico Dr. Lavalle que acabamos de escuchar encierra varios aspectos de gran interés que voy a comentar en estas líneas. No me ocuparé de otros tópicos importantísimos en esta clase de tumores porque mi intención es comentar únicamente lo expuesto por el Autor y no leer otro trabajo similar que aparte de cansar la atención de ustedes se apartaría de la finalidad buscada en todo comentario.

Desde luego nos presenta la historia clínica de una joven portadora de un tumor benigno del maxilar superior. Los datos de exploración y los suministrados por el Laboratorio y por los Rayos X, están perfectamente expuestos y dan una idea exacta del padecimiento.

La etiología y la patogenia de tumores de los maxilares aunque enunciada en forma sintetizada, nos muestran lo difícil que es explicarnos el desarrollo de estos tumores y sobre todo más difícil aun poder hacer un diagnóstico preciso.

Como lo asienta el Autor, solamente el histopatólogo puede aclarar ese último punto, pues muchos tumores benignos de los maxilares presentan el mismo aspecto, dan la misma sintomatología y las radiografías no muestran diferencias ostensibles que puedan inclinarnos hacia una u otra variedad de tumor.

Es importante mencionar que aun el reporte del histopatólogo puede no ser exacto, si no se hicieron cortes en todos aquellos sitios del tumor que revelan a la simple vista estar formados por distintos tejidos. Es indispensable un minucioso estudio del anatomopatólogo, como lo hizo el Dr. Lavalle, para tener la seguridad del diagnóstico.

Con frecuencia se encuentran tumores formados por varias clases de tejidos y las formas clásicas descritas en los libros no es frecuente encontrarlas en la práctica.

Otro punto importante es el referente al tiempo en que han sido examinados los enfermos, pues desgraciadamente, en nuestro medio hospitalario, que es donde se ven con más frecuencia esta clase de tumores,

los enfermos se presentan cuando su padecimiento ha tomado un gran desarrollo y la deformidad y las grandes molestias para la masticación los obligan a buscar atención médica. No sucede esto en la clientela civil en donde la observación del propio enfermo hace que consulten a su médico cuando el padecimiento se inicia.

Se comprende que en unos y otros casos se encontrarán variedades distintas, pues mientras más antiguo es el tumor, seguramente que habrá sufrido mayores transformaciones en su constitución histológica y un tumor, por ejemplo, que en su origen fué sólido puede volverse quístico; otro de naturaleza mucosa, puede hacerse rico en elementos fibrosos y cambiar de esta manera, tanto su sintomatología como el resultado de su estudio histológico.

Lo interesante de esta clase de tumores es que a pesar de los años y en ocasiones de las grandes dimensiones que llegan a adquirir, continúan conservando su naturaleza benigna siendo los resultados operatorios satisfactorios en la mayoría de los casos y las recidivas no son frecuentes. En cambio los trastornos que ocasionan en el organismo del enfermo son de mayor importancia, pues las funciones de la respiración, de la digestión, se encuentran muy afectadas. Pero sobre todo esto, lo más grandemente afectado, es el sistema nervioso de los pacientes, que como lo asienta el Dr. Lavalle, trastorna su psiquismo profundamente convirtiéndolos en seres que se sienten despreciados por sus semejantes y llegan a convertirse en enfermos mentales que buscan el aislamiento y desean morir.

Yo operé el año pasado, precisamente en los días en que trató el autor a su paciente, a un individuo con un voluminoso tumor del maxilar superior (diagnosticado como Fibro-xantoma esclerosante con gran movilidad osteoclástica); hoy a pesar de sus cicatrices y de la deformidad consecutiva a la resección del esqueleto, es un hombre feliz que ve de una manera grata su porvenir y que piensa volver pronto a su pueblo para casarse.

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, resección del tumor con todo el esqueleto a donde toma asiento. La resección clásica del maxilar superior no se puede hacer con todos sus tiempos conocidos; la resección en casos de grandes tumores estará de acuerdo con el desarrollo

óseo vecino y que participa del proceso de fibrosis. La ligadura previa de la carótida externa nos sirvió grandemente pues nos permitió practicar la operación con mínima hemorragia a pesar de lo voluminoso del tumor y su gran vascularización.

Felicito al académico Dr. Miguel Lavalle por su trabajo que reúne todas las condiciones para ser bueno, claridad en la exposición, observación, experiencia, documentación e ilustración; al Gobierno de la Academia agradezco el honor de haberme designado para hacer el comentario.

Contribución al Tratamiento de las Eventraciones y Hernias reproducidas de la Pared Abdominal, con Auto-Injerto de Dermis

Por el Académico Dr. Joaquín MASS

En mi práctica como cirujano general en los servicios de Emergencia de la Cruz Verde y en los Hospitales Juárez y Leñero de esta Ciudad, desde el año de 1932, he podido observar muchos casos de hernias reproducidas y eventraciones, para cuyo tratamiento se habían empleado métodos clásicos sin resultado satisfactorio. Estos hechos de observación me indujeron a estudiar más ampliamente el problema, especialmente me permitieron idear una técnica personal para el tratamiento de la hernia inguinal, que presenté a principios del año de 1942 a la Sociedad de Cirugía del Hospital Juárez y a esta Academia y a la vez fué publicada en la Revista de Cirugía en Noviembre de 1942. El mismo tema fué motivo de la tesis recepcional de la Dra. Alicia Gallega.

Posteriormente en 1951, un autor Sud-Americano publicó un artículo en The Journal of International College of Surgeons, aconsejando un auto-trasplante de piel de la cicatriz de la eventración para reconstruir el plano aponeurótico.

Estudiando bien este proceder y practicándolo me ha parecido que con este procedimiento del empleo de la piel tal cual se reseca en el sitio de la cicatriz y aplicándola en el sitio de la aponeurosis, pueden presentarse casos de infección porque en las capas profundas de la epidermis o en los sacos de las glándulas sudoríparas o sebáceas pueden alojarse gérmenes que escapan a la antisepsia de la piel.

Esta circunstancia primordial me indujo a hacer una modificación personal para el uso del auto- injerto del dermis de la cicatriz antigua en

una hernia o eventración, para su tratamiento, reforzando así, el plano aponeurótico o bien sustituyéndolo. La técnica que propongo se realiza con los tiempos siguientes:

1.—Siempre que sea posible, hacer la asepsia de la piel ampliamente y colocar un apósito estéril, veinticuatro horas antes de la intervención quirúrgica.

2.—Resección de la piel de la cicatriz antigua en forma de huso, la cual se entrega a un ayudante aséptico, quien raspa la epidermis hasta que quede blanca la dermis. Del lado del tejido celular subcutáneo, hace igualmente un raspado de los restos de la grasa hasta obtener igual uniformidad y limpieza que por su cara anterior. Mientras tanto el cirujano ejecuta todos los tiempos operatorios requeridos para el tratamiento de la hernia o eventración.

3.—Colocación de ese tejido fibroso conjuntivo preparado como se indica arriba, sobre la pérdida de substancia del plano aponeurótico, como si fuese un "parche de tambor", con las suturas necesarias en toda su extensión.

4.—Cuando no exista pérdida de substancia de la aponeurosis, se afrontan los bordes de la sección de la aponeurosis, como es común y se aplica el auto-trasplante de la dermis, colocándolo sobre los puntos anudados que han cerrado la aponeurosis, y se le fija con los cabos de los mismos puntos. De esta manera se evita que dichos puntos se aflojen y a la vez hacen refuerzo de los espacios entre cada punto. En esta forma este auto-trasplante de dermis aplicado en casos de operados de reducción de hernias inguinales, ha sido siempre bien tolerado.

5.—En los casos de hernia umbilical reproducida, también se ha usado este procedimiento, resecando la cicatriz quirúrgica, pero si se puede trazar el corte para obtener un colgajo de eje mayor transversal, para que la nueva cicatriz quede en un pliegue del abdomen siguiendo alguna de las líneas de Langer, y para que al abordar la eventración o la hernia umbilical, se pueda entrar a la cavidad abdominal por fuera del músculo recto anterior del abdomen del lado derecho, aproximadamente en el punto de Lanz y por vía trans-rectal se introduce el dedo izquierdo a la cavidad abdominal con el cual se explora y protege el contenido de

la hernia para seccionar el anillo sobre el propio dedo, evitándose así herir el contenido herniario.

6.—En las eventraciones y reproducciones de hernia inguinal, aconsejo abordar estas por un punto cercano al de Mac-Burney, en el lado derecho y en el lado izquierdo, por un punto simétrico en este lado. Introducido el índice se practica la maniobra mencionada, lo que evita lesionar el intestino adherido o herniado.

7.—La sección de las aponeurosis o la disección o búsqueda, la efectúo con la llamada disección hídrica, con solución de novocaína al 1 o 2% inyectada entre los planos para disecarlos. Este procedimiento tiene además, la ventaja de producir analgesia local que evita la producción de reflejos dolorosos. En esta disección se procura seguir la dirección de las fibras evitando seccionarlas perpendicularmente, conducta que a través de los años vengo practicando, de esta manera se evita que en el post-operatorio, al contraerse los músculos que han sido seccionados, se separen sus bordes; en cambio si se ha seguido la dirección de sus fibras, al contraerse estos músculos, sus bordes se pegan.

Siguiendo las normas antes expuestas en este trabajo, he de referir los siguientes casos que son ilustrativos y que han sido operados por el suscrito en el Hospital Leñero de esta Ciudad.

Caso N° 1.—A. M. de C. Operada de reproducción de hernia inguinal izquierda dos años antes siguiendo la técnica clásica por el suscrito. En esta vez se hizo el auto-trasplante de la dermis de la cicatriz de la primera operación con resultado satisfactorio. Operada en enero de 1951.

Caso N° 2.—I. C. de 38 años de edad, multipara con eventración post-operatoria a consecuencia de dos cesáreas. Se le operó para tratar dicha eventración siguiendo la técnica expuesta de auto-trasplante de la dermis de la cicatriz antigua, el 17 de octubre de 1951 con resultado satisfactorio hasta la fecha.

Caso N° 3.—O. B. C. de 69 años de edad, con hernia inguinal reproducida (operado por otro cirujano años antes). Se le practicó el auto-trasplante de la dermis el 19 de marzo de 1952, obteniendo muy buen resultado hasta la fecha sin reproducción de la hernia.

Caso Nº 4.—J. M. B. de 51 años de edad, profesor de educación física con hernia inguinal izquierda reproducida después de seguir la técnica clásica. Se le operó el 25 de julio de 1952 siguiendo la técnica del auto-trasplante de la dermis habiendo obtenido satisfactorio resultado.

Caso Nº 5.—R. H. (Reg. 245 del Hospital Leñero), de 53 años de edad con eventración post-operatoria en la línea media por anterior operación de hernia umbilical. El 15 de agosto de 1953 se le practicó su tratamiento con la aplicación del auto-trasplante de dermis, resecando además adherencias epiploicas antiguas. El resultado ha sido satisfactorio a la fecha.

Caso Nº 6.—J. G. T. (Reg. 502 del Hospital Leñero), de 21 años de edad, con eventración supra-umbilical que llega hasta el apéndice xifoides, muy amplia pues hace una separación de los músculos como de diez centímetros en la zona mayor de separación. En la intervención quirúrgica para su tratamiento, se reseca la piel despegándola del borde del hígado, estómago y transverso. Se abrieron ampliamente las vainas de los músculos rectos anteriores del abdomen, uniendo los bordes de los mismos cerrando así el plano posterior profundo. En seguida se acercaron los rectos del abdomen y sobre ellos la hoja anterior aponeurótica sobre la cual se aplicó el auto-trasplante del dermis que recubrió ampliamente la sutura de la aponeurosis. El resultado posterior fué muy satisfactorio, máxime que se trató de un sujeto joven y en actividad de trabajo.

—:O:—

SESION SOLEMNE DE LA ACADEMIA MEXICANA DE
CIRUGIA, CON MOTIVO DEL XXI ANIVERSARIO DE SU
FUNDACION

El día ocho de junio próximo pasado a las veintiuna horas, en el Salón de Actos de la Facultad Nacional de Medicina, tuvo lugar la sesión solemne que con motivo del XXI aniversario de su fundación, celebró la Academia Mexicana de Cirugía, con el siguiente programa:

- I.—Selección de la Opereta *Der Zarewitsch*.
- II.—Discurso oficial por el Académico Dr. Abraham Ayala González.
- III.—*Les Contes d'Hoffmann*. Selección.
- IV.—Imposición de toga e insignias al Académico de reciente ingreso Dr. Ladislao Solares.
- V.—Discurso por el Académico Dr. Ladislao Solares.

Los números musicales estuvieron a cargo del cuarteto del violinista Prof. Enrique Barrientos y los Académicos concurren de smoking, toga y birrete.

Presidió la sesión en representación del Secretario de Salubridad y Asistencia, el Sub Secretario Dr. Manuel Pesqueira y con él, el Presidente de la Academia Dr. Joaquín Correa C., estando acompañados por los Drs. Miguel Lavalle Vice-Presidente y Enrique Peña y de la Peña, Secretario de la Academia. Concurrieron el Dr. José Castro Villagrana, Director de la Facultad de Medicina, Dr. Luciano Huerta en representación del Rector de la Universidad Nacional Autónoma, así como re-

presentantes de Sociedades Científicas; las esposas de los señores Académicos, estudiantes de medicina y numeroso público ocupó los lugares destinados a los visitantes.

Se impuso por el Presidente de la Academia al nuevo Académico Dr. Ladislao Solares, las insignias, la toga y el birrete, quien pronunció el discurso que más adelante publicamos, así como su Curriculum y fotografía del acto.

—:O:—

DISCURSO OFICIAL DEL ACADEMICO SEÑOR DOCTOR
ABRAHAM AYALA GONZALEZ EN OCASION DEL XXI
ANIVERSARIO DE LA FUNDACION DE LA ACADEMIA
MEXICANA DE CIRUGIA.

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,
Señores Académicos,
Señoras y Señores:

Agradezco en todo lo que vale la señalada distinción que el Gobierno de nuestra honorable Academia Mexicana de Cirugía ha hecho conmigo al designarme para dirigirme a ustedes en una fecha memorable como la de hoy, Vigésimo Primer Aniversario de su fundación y, además, porque me permite la satisfacción de dar la bienvenida a un elemento joven y brillante de nuestra Cirugía.

¡Veintiún años desde su nacimiento! ¡Un año más de vida! ¡La mayoría de edad de nuestra querida Institución! El comienzo de la madurez, de la producción fecunda, por lo razonada, por la experiencia que desde su creación entraña un afán constante y ascendente de superación.

La lucha anhelante de progreso desde sus comienzos, con valores nacionales e internacionalmente reconocidos como Don Gonzalo Castañeda, Don Rafael Silva, Don Darío Fernández, Don Manuel Gea González y muchos otros que lograron reunir y agrupar, en torno de sí, a valores de todas edades y de varios lugares, que han hecho de nuestra Academia, faro y guía luminosa de nuestra Cirugía. Cuenta, además, con elementos extranjeros que han reconocido el valor de nuestra Institución, en el Concierto Quirúrgico del Mundo.

Es la meta de todo individuo el asociarse, el modelarse y perfeccionarse al grado máximo. Aun cuando en nuestra profesión sea difícil alcanzar tal meta, que más que meta constituye un ideal, la lucha por lograrlo entraña en principio, anhelos y aspiraciones de suyo propio, y de por sí, habrán de redundar en elevada trayectoria de superación.

El lustre de nuestra Academia, es el reflejo del mérito indiscutible de los que la forman; mérito grande en unos y menor en otros; pero albergándose en todos sus movimientos, una dedicación sin reticencias al estudio, y el deseo de una limpiada conciencia, la satisfacción que da el deber cumplido en la profesión y el cariño a la misma y a nuestra Institución que ha hecho y hará perdurar, la vida del más alto exponente de la Cirugía en nuestro país.

Ciencia y arte quirúrgicos depurados, conducta profesional y social intachables, calidad humana, bondad excelsa para con nuestros enfermos, he ahí, lo que ha de constituir en nosotros, el acercamiento a una perfección difícil de alcanzar, para que podamos constituirmos en ejemplo de generaciones jóvenes, que comprenderán, cual nosotros ya no palpamos desde hace tiempo que la seguridad de poner en todo caso nuestra capacidad científica y humana, da paz a nuestra conciencia y a nuestro espíritu, evitándonos en todo momento, transgredir los límites de esa capacidad, para aliviar o curar, no invadiendo, por decirlo así, los terrenos de la experimentación en el ser humano, nunca aconsejable, porque si habremos de curar o de aliviar, también habremos de resignarnos a saber dejar morir en paz. Desgraciadamente, en ocasiones, la auto-crítica no es suficiente y no nos detiene a tiempo en el campo operatorio para que nos demos cuenta de la inutilidad de nuestros esfuerzos, en una desesperada lucha por la salvación del enfermo.

Lamentable y penoso, sin lugar a duda, es ser actores impotentes de situaciones sin remedio; pero más lamentable, por todos conceptos, es constituirmos en audaces irresponsables, acelerando en la pendiente de la muerte, el fin de nuestro enfermo.

En los últimos tiempos cierta influencia norteamericana ha venido tratando de mecanizar el ejercicio de nuestra Medicina, desvirtuándola de manera lamentable. ¡Se trata de elaborar diagnósticos por medio de laboratorio, sin análisis cuidadosos y síntesis consecutiva de signos y sín-

tomas! Crasos errores en los que habrán de intervenir las Academias, ya que a ellas toca señalar senderos de superación científica, nunca de atraso mecánico, en disciplinas que son, por excelencia, mentales.

La preparación del cirujano debe ser lenta. El verdadero Cirujano se hace paso a paso: primero, habrá de dominar la Anatomía Quirúrgica, seguirá con la práctica en cadáveres, continuará con trabajos en animales, para llegar, finalmente, al trabajo quirúrgico en el enfermo. Mas no debe olvidarse que al unisono, habrá de forjarse en el Cirujano, un sentido de Ética y Responsabilidad Profesional, intachable e inmutable en todas circunstancias.

Por demás es decir que primero se es Médico General, en toda la acepción de los términos, y, después, Cirujano. Ya que la tendencia actual de la Medicina es la especialización, habrá de perfeccionar sus conocimientos de Medicina General, se cultivará en la Rama Médica en perspectiva para después consumarse Cirujano en la Especialidad.

Qué progreso ininterrumpido se ha observado en nuestro país desde que el Neurólogo se hizo Cirujano, desde que el Internista en enfermedades del Aparato Respiratorio se decidió a operar, desde que el Gastroenterólogo aunó a su Ciencia Médica, los adelantos de la Técnica Manual.

Nuestra Academia, comprendiendo su alto papel a desempeñar, se ha constituido, desde su fundación, en el mayor exponente de la Cirugía Mexicana; en el mayor exponente, también, de Moralidad y Educación a seguir por las nuevas generaciones, borrando, por decirlo así de manera definitiva de las mentes, el concepto de Operador, para transformarlo y dignificarlo en el de Cirujano; hombre capaz en Ciencia y en Técnica; Técnica siempre supeditada a una salvadora táctica, síntesis sublime de conocimientos y experiencia.

Periódicamente, nuestra Academia se renueva con sangre pujante, llena de bríos y de ideales; por eso recibe en su seno a Cirujanos que, por su esfuerzo personal, los cree merecedores de ser acogidos, para que acrecienten ese empeño siempre constante y brillante de nuestra Institución, para no traicionar nunca los postulados de la misma, para no faltar a esa herencia luminosa que nos dejaron tantos y tantos hombres

cabales en toda la expresión de la palabra, como los que al principio nombré.

Un hombre joven, preparado y de méritos indiscutibles es el que viene hoy a ocupar un Sitial en Nuestra Academia.

Debo repetir mi complacencia por haberme tocado en suerte dar a usted, Doctor Ladislao Solares Ahedo, la bienvenida a nombre de la Academia Mexicana de Cirugía, en su consagración oficial como Cirujano.

Acepte usted mi particular felicitación por las merecidas distinciones de que ha sido objeto.

¡Que su ciencia, experiencia y conducta sin tacha, exigencias que nuestra Academia establece para todos sus Miembros, continúen indefinidamente superándose, para prestigio de nuestra Institución!

Una vez más, sea usted, Doctor Ladislao Solares Ahedo, bienvenido al seno de la Academia Mexicana de Cirugía.

Que supla mi falta de elocuencia y brillante oratoria, en esta fecha memorable, en que habría de exaltar los veintiún años de vida de nuestra Honorable Institución, el cariño profundo que siento para ella, ya que he tenido el privilegio, desde su fundación, de verla progresar en línea ascendente, hasta colocarse en primera fila, como Centro de Cultura Nacional e Internacional.

Ruego a ustedes aceptar mis palabras como viva expresión del ferviente y constante deseo de velar por el permanente prestigio de nuestra Academia. Que el Gobierno actual de la misma, tan dignamente Presidido por el Doctor Joaquín Correa, siga el camino de sus antecesores, pugnando por superarse en los propósitos de hacerla cada día más famosa, notable e importante.

—:O:—

DISCURSO DEL SR. DR. LADISLAO SOLARES, ACADEMICO
DE NUEVO INGRESO

Sr. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,

Sr. Subsecretario de Salubridad y Asistencia.

Sr. Representante del Sr. Rector de la Universidad Nac. Aut. de México

Sr. Director de la Facultad Nacional de Medicina.

Señores Académicos; señoras y señores:

Al hacer mi primer acto de presencia, ante la muy Ilustre y Honorable Academia Mexicana de Cirugía, que hoy me abre con generosidad y solemnidad extraordinarias las puertas de su claustro, para otorgarme el Grado de Académico, que por sí solo representa el símbolo más elevado, que corona los esfuerzos de quienes han hecho de la Medicina el evangelio de su vida, he de manifestar ante tan docta y prestigiada Institución, que mi emoción es profunda, y que mi reconocimiento ilimitado me impulsa a manifestar a sus señorías, que sin ser merecedor a tan elevada distinción, sin embargo hago público mi vehemente deseo de trabajo intenso para corresponder al gran privilegio que me habéis otorgado al admitirme en vuestro seno y quiero por otra parte manifestar la admiración ferviente que siento por la Academia Mexicana de Cirugía, que tanto para nuestra Patria como para el mundo científico, representa uno de los exponentes de mayor alcurnia y de más recia tradición en el campo de la cirugía.

La más noble aspiración y la más dilecta ambición para el cirujano, que desenvuelve las rigurosas fases de su esfuerzo en la atmósfera doiente de sus enfermos, es ésta: de llegar a formar parte de tan docta corporación que se ha significado siempre como el organismo elevado, donde las conquistas del pensamiento pugnan por vencer las resistencias, que a través de los enfermos, sostienen las manos ineluctables de la enfermedad y de la muerte.

Esta noble aspiración que hoy veo cristalizada en términos de realidad, transforma mis preocupaciones en la más clara y devota alegría, porque el ingreso solemne a la Academia, me hace sentirme más seguro



El Dr. Ladislao Solares Ahedo, nuevo Académico, leyendo su discurso en la Sesión Solemne del 6 de junio de 1954.

de mí mismo, me estimula y anima vigorosamente en el camino de mi carrera y me llena de satisfacción y de orgullo, al pensar que mi modesta cooperación pueda sumar el fruto de sus experiencias en esta Institución, donde aún brillan con destellos luminosos los nombres preclaros e inolvidables de los Castañeda, de los Castillejos, de los Valdés, de los Villarreal y tantos más ilustres cirujanos mexicanos, gloria de nuestra Patria.

Gran satisfacción para mí, es encontrarme en este cuerpo científico, donde el entusiasmo y el impulso renovador de los cirujanos jóvenes, se une y se identifica con la experiencia creadora, serena y austera de quienes en nuestro medio y aún en el internacional ya representan la jerarquía más alta del conocimiento, lo que ello significa, que el concierto de vuestros espíritus, hermana y conecta los esfuerzos individuales en una gran tarea de conjunto, que hace de tan selecto agrupamiento, la expresión más refinada y exacta de la cooperación, el progreso y la armonía.

Tengo para mí, que la Academia Mexicana de Cirugía, en esta ocasión presidida por el Sr. Doctor Don Joaquín Correa, está siendo inteligentemente conducida, que sus esfuerzos hasta ahora desarrollados han sido particularmente fecundos; que sus legítimos éxitos son del todo merecidos y que cumpliendo una ley biológica, no obstante ser un organismo anatómicamente individualizado, producto de funciones específicas, ha procurado que estas funciones nutran conexiones que inevitablemente le concatenan a otros organismos que les son afines por sus propósitos, sus métodos y esencialmente por sus ideales.

El reconocimiento de lo que la Academia Mexicana de Cirugía representa para el cuerpo médico de nuestro País, así como para el desarrollo científico de nuestro medio, me conduce a expresar en esta noche de particular júbilo para mí, que al otorgárseme el grado que se me concede, me obliga al más formal compromiso de superar mi actuación y de proporcionar mi colaboración en los trascendentales trabajos que aquí se desarrollan, pensando que esta Academia, es el conjunto científico donde cada miembro es un amigo; un compañero que trabaja altruistamente por dar todo su esplendor a la ciencia mexicana como el más preclaro ejemplo del amor humano, y el paradigma más

alto de la vocación médica, al servicio del hombre y del futuro de un país que pugna por encontrar rutas de superación.

Sr. Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,

Sres. Académicos:

Reitero a cada uno de ustedes mi más profundo agradecimiento, al recibir el grado que me lleva a vuestro seno; formulo los votos más fervientes por vuestra felicidad personal, ofreciendo mi más leal y ardiente colaboración, para los trabajos de nuestra Academia y expreso mi mejor y apasionado deseo porque su vida siempre se desarrolle dentro de la categoría y grandeza que vosotros le habéis sabido imprimir.

— O —

*CURRICULUM VITAE DEL DR. LADISLAO
SOLARES AHEDO*

Fecha y lugar de nacimiento: 25 de abril de 1906. Chalco, Edo. de México.

Estudios Primarios: En México, D. F. Escuela Oficial Núm. 69, de 1915 a 1920.

Estudios Secundarios y Preparatorios: En la Escuela Nacional Preparatoria, UNAM., de 1923 a 1927.

Estudios Profesionales de Médico Cirujano: En la Escuela Nacional de Medicina (UNAM) de 1929 - 1934.

Examen profesional: El 18 y 19 de marzo de 1936.

Estudios de perfeccionamiento:

Curso de Ortopedia para post-graduados (UNAM), 1941.

Prof. Arthur Steindler.

Curso de Técnica Radiológica, 1942.

Prof. A. Silva. México, D. F.

En la Universidad de Minnesota, U.S.A. de Septiembre de 1943 a Abril de 1944.

En la Universidad de Iowa, U.S.A. de Mayo a Agosto de 1944.

Cargos Hospitalarios:

Practicante Adjunto en el Consultorio N° 2 de la Beneficencia Pública, de marzo de 1932 a marzo de 1934.

Practicante Numerario en el Hospital General de Noviembre de 1934 a Marzo de 1935.

Pasante de Medicina en el Servicio de Ortopedia del Hospital General, de 1935 a marzo de 1936.

Médico de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas, de junio de 1936 a julio de 1938.

Médico Interno del Hospital General, 1941.

Médico "E" de Clínica, Hospital Nicolás Bravo, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1942-1954.

Médico Adjunto por Oposición del Servicio de Cirugía Ortopédica del Hospital General, 1945-1954.

Cirujano Ortopedista del Hospital Infantil de México.

Jefe Interino del Servicio de Ortopedia del Sanatorio Español.

Médico Consultante de Ortopedia del Instituto de Neumología "Manuel Gea González". 1950 - 1954.

Cargos docentes:

Ayudante Adjunto del Primer Curso de Clínica Quirúrgica en la Facultad Nacional de Medicina.

Profesor Ayudante en los Cursos para Post-graduados de Ortopedia de la Universidad Nacional Autónoma de México. 1939 - 1940, 1945 - 1946.

Profesor Ayudante del Primer Curso de Terapia Física. 1946. IMSS.

Cargos Honoríficos:

Comisionado por el Departamento de Enfermedades Transmisibles Secretaría de Salubridad y Asistencia, para la investigación de la prevención del sarampión. 1936.

Delegado Oficial de la Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas al Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo. 1936.

Presidente del Segundo Congreso Nacional de Ortopedia y Traumatología. 1952.

Presidente de la Sociedad Mexicana de Ortopedia. 1953-1954.

Delegado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Hospital General, al Segundo Congreso de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología, efectuado en Río de Janeiro, Brasil. 1953.

Presidente del Capítulo Mexicano de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología. 1953-1954.

Vicepresidente del Tercer Congreso de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología. 1956.

Sociedades Científicas a que pertenece:

Sociedad Mexicana de Ortopedia.

Sociedad Médica del Hospital General.

Sociedad de Medicina y Cirugía México-Italiana.

Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología.

Trabajos Científicos:

Tratamiento de las fracturas maleolares de la tibia y maleolares y supramaleolares del peroné, por el método ambulatorio de Bohler.

CURRICULUM VITAE DEL DR. LADISLAO SOLARES A.



Dr. Ladislao Solares Ahedo

CIRUGÍA Y

Tesis, 1935.

Aparatos de Yeso. Técnica y Métodos. 1939. Rev. de Medicina.

Aparatos de Celulosa en Ortopedia. Técnica. Indicaciones.

Rev. Sugestiones. 1940.

Tratamiento del pie varus-equino congénito en el recién nacido.

Presentado en la Sociedad Mexicana de Cirugía Ortopédica 1941.
Rev. Medicina.

El Tratamiento Kenny en la Parálisis Infantil. Presentado al Segundo Congreso de Pediatría. 1944. Memorias del Congreso.

Osteotomía Subtrocanterea. Técnica. Indicaciones. Casos Clínicos.

Presentado a la Sociedad Médica del Hospital General. 1946. Rev. Hospital General.

Tratamiento quirúrgico de la gonitis tuberculosa. Segundo Congreso de Tuberculosis y Silicosis. 1946. Rev. Sugestiones.

Tratamiento de la Osteoartritis tuberculosa fistulizada. VIII Asamblea Nacional de Cirujanos, 1948. Memorias de la VIII Asamblea Nacional de Cirujanos, (colaboración.)

Resección de Codo. Técnica, indicaciones, casos clínicos. Resultados. Presentado a la Sociedad Mexicana de Ortopedia. 1950. Rev.

Anales de Ortopedia y Traumatología.

Estado Actual del tratamiento de la Osteomielitis. Ponencia al Segundo Congreso Nacional de Ortopedia y Traumatología. 1952.

Memorias de la X Asamblea Nacional de Cirujanos.

Tratamiento de la pseudo-artrosis. Sociedad Mexicana de Ortopedia. 1953. Rev. Anales de Ortopedia y Traumatología.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis de la rodilla. Segundo

Congreso de la S.L.A.O.T., Río de Janeiro, Brasil. Memorias del Congreso. 1953.

Conferencias:

Aparatos de yeso. Técnica, indicaciones, contra indicaciones. *Diversos Métodos*. Post-Graduados, 1939.

Técnica de la aplicación de enyesados y tratamiento del pie varus-equino congénito. *Semana Médica de Guadalajara*, Jal. 1940.

El efecto de la postura en la Salud del Niño. *Asociación Cristiana Femenina*. 1940.

Vías quirúrgicas principales de acceso a huesos y articulaciones de los miembros. *Post-graduados*. 1940.

El tratamiento Kenny en la Parálisis Infantil. *Post-Graduados*. 1945.

Clinica de las parálisis flácidas. *Post-Graduados*. 1945.

Clinica y Tratamiento de las deformidades congénitas más comunes. *Post-graduados*. 1946.

Técnica general de aplicación de enyesados, en miembros inferiores. *Post-graduados*. 1949.

Resección y artroplastia de Codo. *Primer Curso Anual de Ortopedia y Traumatología*, 1953.

Tratamiento de las fracturas bimalcolares del tobillo. *Clinica Primavera de Ortopedia*. 1954.

Congresos y Asambleas a que ha concurrido:

Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina del Trabajo. 1936.

Semana Médica de Guadalajara, Jal. 1940.

Segundo Congreso Nacional de Pediatría. 1944.

Junta Anual de la Academia Americana de Cirujanos Ortopedistas.

1944, 1946, 1948. Chicago. U.S.A.

Segundo Congreso Nacional de Tuberculosis y Silicosis. 1946.

Octava Asamblea Nacional de Cirujanos. 1948.

Primer Congreso Nacional de Ortopedia y Traumatología. 1950.

Segundo Congreso Nacional de Ortopedia y Traumatología. 1952.

X Asamblea Nacional de Cirujanos. 1952.

Segundo Congreso de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología. Río de Janeiro, Brasil. 1953.

—:0:—

Comentarios y Síntesis de Literatura Reciente

VESICULA BILIAR: COMPARACION DE HALLAZGOS RADIOLOGICOS Y PATOLOGICOS.

P. E. Remo y C. T. Cavanaugh, South, M. J.: 232-234, Marzo 1952.

Los autores refieren el resultado de 1000 colecistografías demostrando la utilidad del procedimiento. En esta serie 130 casos fueron operados proporcionando la oportunidad de comparar los diagnósticos radiológicos con los quirúrgicos.

Hay poca posibilidad de error en el diagnóstico de cálculos. El mayor error usualmente ocurre en los casos de visualización pobre de la vesícula o en los que no hay visualización de la misma.

7 vesículas biliares con funcionamiento pobre fueron operadas y todas contenían cálculos.

También se encontraron cálculos en 3 casos de los 65 en que la vesícula biliar ~~no~~ funcionaba;

2 vesículas biliares mostraban colecistitis crónica sin cálculos y una era normal, ~~asociándose~~ con cirrosis hepática avanzada.

En los casos en que la vesícula biliar no funciona es siempre necesario eliminar la posibilidad de obstrucción pilórica, anomalías hepáticas, vómitos o errores de instrucción en la prescripción al enfermo.

Cuando la técnica ha sido exactamente llevada el diagnóstico correcto se hace en un alto porcentaje de los casos.

La vesícula biliar que aparece normal en las placas obtenidas en decúbito debe ser siempre ratificada obteniendo imágenes con el enfermo en posición erecta o transabdominales para poder hacer el diagnóstico de cálculos muy pequeños.

Los autores han discontinuado el uso rutinario de la comida grasa.

D. P. C.

Núm. 2

COLELITIASIS NO RECONOCIBLE POR LA COLECISTOGRAFIA

Gershon J. Levin. *Virginia. M. Monthly* 78; 652-654 Diciembre, 1951.

Se acepta generalmente que la ausencia de impregnación vesicular después de preparación para colecistografía es patognomónica de una situación anormal en el tractus biliar y en la mayoría de los casos la vesícula está enferma.

Feldman es citado, el cual ha encontrado que la no impregnación de la vesícula biliar es debida a cálculos en 90% de los casos, menos que la estadística de Case que es de 73%.

Hay que tener en cuenta otras condiciones como causantes de la no impregnación de la vesícula, como son úlcera péptica, aclorhidria y carcinoma de la vesícula.

La visualización de los cálculos establece el diagnóstico, pero en casos de vesículas negativas debe siempre tenerse muy en cuenta la historia clínica.

D. P. C.

—:O:—

Núm. 3

LA NO VISUALIZACION DE LA VESICULA BILIAR

F. Martin y A. Massimiano. *New England J. Med.* 246: 448-450.

Marzo 27, 1952.

Se revisó una serie de 232 enfermos que sufrieron colecistectomía.

En 145 se había hecho diagnóstico radiológico de cálculos de los cuales en 140 se encontraron cálculos en la operación;

en 14 el estudio radiológico había sido indefinido habiéndose encontrado cálculos en 3;

en 73 enfermos la vesícula no se impregnaba. Se encontraron cálculos en 60 enfermos de este grupo;

en 8 casos se encontró enfermedad evidente de la vesícula entre los cuales había 3 vesículas edematosas y 3 vesículas "fresa";

en 5 vesículas biliares no se encontró enfermedad evidente.

Los casos de vesículas biliares sin función mostraron una alta incidencia de cálculos y aun mayor porcentaje de enfermedad macroscópica.

Bajo ciertas circunstancias las vesículas biliares pueden ser reportadas erróneamente de enfermas. Debe de tenerse cuidado con los detalles técnicos, de ingestión adecuada y absorción del opaco y un conocimiento claro de las bases fisiológicas de movilización y concentración de éste en la vesícula biliar.

Los autores recomiendan:

- (1) Instruir cuidadosamente a los enfermos y preguntar en todos los casos de vesícula sin función si las instrucciones fueron seguidas.
- (2) Repetir el estudio colecistográfico en todos los casos de vesículas sin im-
pregnarse.
- (3) No hacer el estudio colecistográfico en los casos agudos.
- (4) Cuidar que el opaco haya sido ingerido.
- (5) Administración de comida rica en grasas en el último alimento antes de la preparación, con objeto de asegurarse una buena evacuación vesicular antes que el medio opaco llegue a la víscera.

D. P. C.

VIRUS Y EMBARAZO *

Con este título, el doctor Juan Livio Martini, Profesor Adjunto de la Clínica Obstétrica en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, expone el problema que constituye para el Ostetra, la conducta que debe seguir en el caso de una embarazada respecto de su hijo, cuando hubiere contraído alguno de los padecimientos por virus, especialmente rubeola, que ocasiona malformaciones fetales.

Parece un hecho comprobado por la experiencia, la relación causal de la rubeola materna con las malformaciones fetales, cuando la infección la adquiere la gestante durante los dos primeros meses de su embarazo. Algo semejante sucede con el sarampión.

La estadística publicada respecto de este tema, embarazo y virus,

* Por error involuntario, esta síntesis no fué publicada completa en el núm. 3 (marzo, 1954). Por ello es que ahora la reproducimos completa.

como la generalidad de las estadísticas, adolece de errores; pero aún careciendo de ellos, la probabilidad siempre es dudosa cuando se trata de considerar un caso particular: no podemos saber si él será la excepción o no lo será. La ley de probabilidades expresa que en el cincuenta por ciento de las embarazadas que sufrieron rubeola durante los dos primeros meses de su gestación, la teratogenia tendrá lugar; pero, repetimos, en un caso dado no sabemos lo que sucederá.

Una embarazada que padece virosis durante los dos primeros meses tiene más probabilidades de dar a luz un feto con anomalías que otra mujer gestante que no haya padecido tal enfermedad; estas anomalías son realmente trágicas, consisten en: catarata congénita, microftalmía, atrofia del iris, opacidades de la córnea, subluxación del cristalino, estrabismo, atrofia óptica, uveitis anterior, buftalmía, seudorretinitis pigmentaria, sordomudez, persistencia del conducto arteriovenoso, comunicación interventricular, persistencia del agujero de Botal, comunicación interauricular, estrechez de la arteria pulmonar, desviación de la aorta a la derecha, atresia tricuspídea, estenosis pulmonar, transposición de los grandes vasos, coartación de la aorta, aplasia cerebral, hidrocefalia interna o externa, agenesia del cuerpo calloso, de la comisura anterior y del hipocampo, epilepsia, hemiparesia, síndrome de Honner, atetosis, mongolismo, microcefalia, platicefalia, deformidades de la cara, atresia del conducto auditivo, ausencia de la arcada zigomática, espina bífida, paladar ojival, cifosis, luxación de cadera, anomalías dentarias, *pie de bot*, malformaciones uterinas, criptorquidea, estenosis pilórica, hernia inguinal y umbilical, etc. Y las virosis a las que se atribuyen tales anomalías son: rubeola, sarampión, parotiditis epidémica, influenza, varicela, viruela, herpes zoster, fiebre reumática, neumonitis de virus, coriza común, mononucleosis infecciosa, hepatitis de virus y poliomielitis. Se considera que no hay riesgo cuando la infección la adquirió la gestante a partir del quinto mes. No existe ningún medio de evitar las malformaciones y ante el temor de tener un hijo deforme se ha recomendado el aborto.

El Dr. Livio Martini enjuicia el procedimiento médico recomendado, el aborto, desde el punto de vista médico, social, legal, moral y

VARIOS

religioso y se pronuncia por la prohibición de tal práctica. Faltó considerar entre los aspectos en que se enjuició el problema, el punto de vista de la embarazada y también el del padre del hijo.

Se han señalado casos de graves psicosis en la mujer embarazada ante el temor de tener un hijo deforme, por haber sufrido de virosis.

B. J. G.

SOCIALES

El día veinticinco de mayo pasado, falleció en esta ciudad, la señora doña Refugio García Besné, madre del señor Dr. Francisco Fonseca García, que fué Director de esta Revista y últimamente Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía. Enviamos al señor doctor Fonseca García y a su respetable familia, nuestra afectuosa condolencia por pérdida tan irreparable.

Las honras fúnebres de la señora García Besné, se celebraron en la Iglesia del Colegio de Niñas, el día dos de junio próximo pasado.

Con el propósito de prestar mejor servicio
a la profesión médica en interés de su mejor
servicio, a partir de hoy estamos a sus órdenes
en nuestro nuevo edificio

Seguimos
A sus órdenes! en

Casa Mario Padilla S.A.
en el
corazón
del centro
médico

AL SERVICIO DEL MÉDICO

Casa Mario Padilla S.A.
AV. CUAUHTÉMOC 242 (Esquina Pasteur) TEL 13 07 67

MOTOLINIA 16 TELS: 13-07-77
38-21-99

Señor Doctor:

*La Revista Médica de
CIRUGIA Y CIRUJANOS
es la de más prestigio en el País.*

Suscribase a ella

APARTADO POSTAL 8701. MEXICO, D. F.

COLAGOGO
COLERÉTICO
Y EVACUANTE



VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

VERACOLATE

estimula la secreción de bilis normal y la mantiene en solución.

produce un efecto evacuante en la vesícula y conductos limpiándolos de colesterol y pequeños cristales aglomerados.

favorece la eliminación de secreciones mucosas excesivas que obstruccionan los conductos biliares

debido a sus propiedades laxantes, evita el estreñimiento tan frecuente en la estasis biliar.



VERACOLATE

William R. WARNER and Co. Inc.



Reg. 17403 S.S.A. Prop. A-385/51 S.S.A.